Nr. 11—12 R. 1931 LISTOPAD — GRUDZIEŃ ROK XXVI

KRONIKA DENTYSTYCZNA

ORGAN

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta Maurycy Krakowski.

Cena ogłoszeń jednorazowych i rocznych — według umowy

Klisze do rysunków dostarcza firma. Za treść działu ogłoszeń redakcja nie odpowiada.

Rękopisy (wszelkiej treści) winny być pisane wyraźnie (z pozostawieniem marginesu) po jednej stronie półarkusza. Rękopisów redakcja nie zwraca. Koszt klisz i odbitek obciąża honorarjum. O wszelkich zmianach adresów redakcja powinna być powiadamiana zawczasu. Prace, przysłane do redakcji bez odnośnej uwagi co do płatności, uważane są za bezpłatne. Listy do redakcji mogą być drukowane z podaniem obranego przez autora pseudonimu, właściwe jednak nazwisko i adres tegoż muszą być zakomunikowane redakcji.

TREŚĆ ZESZYTU:

WARSZAWA

Redakcja i administracja: Rymarska Nr. 8. Tel. 770-26.

CENA ZESZYTU ZŁ. 3.

Konto P. K. O. Nr. 11,361.

Nr. 11—12 R. 1931 LISTOPAD — GRUDZIEŃ ROK XXVI

KRONIKA DENTYSTYCZNA

ORGAN

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ ORAZ SPRAWOM ZAWODOWYM

Przypadek z praktyki

Nienormalnie wyrzynający się dolny ząb mądrości o spróchniałej koronie i czterech korzeniach; utrudniona ekstrakcja z pomyślnych wynikiem.

Podał:

D. KON,

Warszawa.

Anomalje zębów mądrości są zjawiskiem częstem. Są one nader różnorodne i podczas wykonywania zabiegów chirurgicznych powodują często pewne powikłania. Anomalje korzeni tychże zębów mądrości są również znane. Omawiane zęby, jak wiadomo, rozwijają się dosyć późno; przy wyrzynaniu się mają często zbyt mało miejsca, co też powoduje nieprawidłowe ich usadowienie jak również rozmieszczenie korzeni, nieraz w nadliczbowej ilości.

Niżej podaję ciekawy przypadek anomalji, który wymagał skomplikowanej ekstrakcji wskutek nieprawidłowego usadowienia zęba i jego korzeni.

A. K. 32-l., zdrowa, od kilku tygodni narzekała na bóle prawej strony głowy, a ostatnio i szczęk. Bóle te z początku były znośne, o przebiegu napadowym i większych pauzach; zwłaszcza ostatnio bóle głowy były b. dokuczliwe, niemal stałe. Po upływie 8 dni powstał szczękościsk.

Wobec komplikującej się choroby pacjentka zwróciła się do jednego z dentystów, który z powodu szczękościsku nie mógł ustalić djagnozy, twierdząc, iż prawdopodobnie wyrzynający się ząb mądrości przyczynił się do powstania cierpienia. Zalecono chorej płókanie jamy ustnej i kompresy. Naskutek pogorszenia się stanu chora zwróciła się do laryngologa, który skierował pacjentkę do dentysty. Chora zgłosiła się do mnie. Z trudnością otworzyłem usta przy pomocy rozwieracza i już po pobieżnych oględzinach stwierdziłem: brak niektórych zębów, kilka zębów spróchniałych, śluzówka jamy ustnej normalna, w kącie żuchwy spore obrzmienie dziąsła, przy dotknięciu bolesne, brak prawego zęba mądrości. Po podniesieniu dziąsła, w znacznem wgłębieniu wyczuwana była korona tego trzonowca; stwierdzono, iż była całkowicie zniszczona;

również udało się ustalić obnażenie miazgi, która silnie reagowała na dotyk i czynniki termiczne. Zaproponowałem pacjentce usunięcie zęba, na co się zgodziła. W znieczuleniu wyciąłem fałd dziąsła w miejscu, gdzie tkwił ząb; po zatamowaniu krwawienia, stwierdziłem, nieprawidłowe usadowienie zęba: kierunek tegoż prawie poziomy, korzenie sterczały ku tyłowi. Kleszczami do dolnych zębów mądrości w żaden sposób nie udało mi się uchwycić szyjki zęba, aby go rozchwiać; przy pomocy dźwigni również nie udało się go ruszyć z miejsca. Z konieczności uciekłem się do dłuteczka; przy pomocy młoteczka, używanego do plombowania złotem, udało mi się ząb zluksować, a następnie kleszczami wyjąć. Krwawienie było nieznaczne; zostało ono łatwo zatamowane. Chorej zaleciłem odpowiednie płókanie i kompresy z płynu Burowa. Szczękościsk następnie powoli się zmniejszał, a bóle ustały. Po kilku dniach— powrót do normalnego stanu.

Zasługują na zaznaczenie następujące szczegóły:

1) pozycja niezupełnie wyrzniętego zęba — prawie pozioma;

2) ząb tkwił głęboko, prawie na poziomie podstawy korony sąsiada;

3) ząb był w stanie znacznego zniszczenia; ubytek przykryty był grubym fałdem dziąsła;

4) pomimo znacznej próchnicy, miazga była żywa;

5) pomimo obnażenia miazgi, ząb długi czas nie dokuczał, co zależy prawdopodobnie od tego, iż ubytek szczelnie zakryty był dosyć jędrnem dziąsłem;

6) szczękościsk powstał tu nie na skutek ropnego procesu, jak to często bywa; proces zapalny z dziąsła per continuitatem przeszedł głębiej i zajął przyczep przylegających mięśni (masseter i pterygoideus int.); skurcz mógł również nastąpić drogą refleksu;

7) trudność ekstrakcji zależała od rozmieszczenia korzeni w kierunku wstecznym;

8) wyjęty trzonowiec przedstawiał rzadką anomalję: posiadał c z t e r y wyraźnie rozwinięte korzenie, skierowane ku tyłowi; najdłuższy korzeń był drugi policzkowy odśrodkowy, otworki wierzchołkowe wszystkich korzeni były duże, tak, iż główka szpilki swobodnie mogła przechodzić przez wszystkie cztery otworki wylotu;

9) kleszcze do dolnych zębów mądrości z początku tu nie dały pomyślnego wyniku; dźwignia natomiast wiele dopomogła, bowiem ząb nieco rozluźniła, dłutko zaś wyjęcie dokończyło pomyślnie.

Dział streszczeń

F i s h. **Uszkodzenia zębiny i rola ich w powstawaniu próchnicy.** (Journal of the American Dental Association — czerwiec 1930; Revue Belge de Stomatologie, Nr. 4, grudzień 1930).

Obecność t. zw. warstwy przezroczystej pod warstwą próchnicową zawsze uważano za objaw odczynu obronnego i wysnuwano stąd wniosek, że pod tą warstwą zębina jest żywa i nienaruszona. Pogląd ten jednak napotkać może na pewne zarzuty. W świetle bowiem pojęć histolo-

gicznych należałoby tedy przyjąć, że włókienko zębinowe może być u jednego swego końca w stanie martwicy, u drugiego zaś — żywe, że komórka zębinotwórcza, z której włókienko pochodzi, jest komórką w połowie swej martwą. Otóż można wykazać, żę zębina, podrażniona przez uraz, obumiera na przestrzeni całej długości swych włókien, podlegających podrażnieniu: jeśli próchnica osiądzie na tej martwej tkance, będzie już ona jedynie procesem fermentacyjnym, bądź też proteolitycznym, podobnym do rozpadu zgorzelinowego; przekroczywszy warstwę wtórnej zębiny, proces ten dosięgnie miazgi. W przypadkach ścierania się zębów, albo obnażenia zębiny wskutek obsunięcia się brzegu dziąsłowego, albo wreszcie hipoplazji, lub też szerokich szczelin szkliwa, nawet w braku procesu próchnicowego, wiązki włókienek zębinowych wskutek tych uszkodzeń podlegają szkodliwemu działaniu płynów septycznych jamy ustnej, oddzielają się od miazgi warstwą wtórnej zębiny, leżące pod niemi odontoblasty obumierają i ulegają zanikowi. W powyższych przypadkach, z wyjątkiem ścierania się zębów, może powstać próchnica: martwica włókienek poprzedziła tu rozwój próchnicy, lecz w miarę szerzenia się tejże, rozszerza się i warstwa martwych włókienek zębinowych równorzędnie z warstwą wtórnej zębiny oraz nekrozą odontoblastów. Zdaniem więc autora, próchnica jest procesem fermentacji, obejmującym włókienka zębinowe, których nekrozę wywołało już uprzednio pewne uszkodzenie obwodowe; jest ona zatem jedynie procesem zgorzelinowym.

Henryk Winograd.

Prof. Dr. Loos. **Djateza konstytucjonalna a paradentoza.** (L'Odontologie 8.1931).

Rola czynników konstytucjonalnych najwyraźniej występuje w paradentozie zanikowej częściowej, charakteryzującej się nierównomiernym zanikiem kości zębodołu i dziąsła. Spotykamy tu 2 postacie kliniczne.

1) Zanik poziomy (resorbcja z objawami zapalnemi) — najczęściej w przypadkch skazy dnawej.

2) Zanik pionowy (bez objawów zapalnych na wstępie) — zazwyczaj w przebiegu zaburzeń gruczołów dokrewnych: tarczycy, przysadki mózgowej.

Zdaniem autora, paradentoza jest wynikiem współdziałania dwóch czynników: zapalenia i zaniku; zanik przytem jest również wyrazem zaburzeń mechanicznych, zachodzących w obrębie tkanek okołozębowych, skłonnych do tego zaniku. Tkanki te bowiem posiadają niewątpliwie pewne swoiste skłonności lokalne, pewien specyficzny sposób oddziaływania dziąsła i jego naczyń włosowatych. Chaim obserwował stan chorobowy włośniczek dziąsłowych w przebiegu zaburzeń jajnika oraz układu nerwowego współczulnego.

Ostatnie badania autora pozwoliły mu wyodrębnić 2 grupy paradentoz, różniące się etjologją, patogenezą i obrazem klinicznym:

1. grupę „osteopatyczną" (przewaga zaburzeń gruczołów dokrewnych) i 2. grupę o charakterze zapalnym nieżytowym (skaza artretyczna).

H. W.

Dr. Kennedy. **Przypadek przedwczesnego ząbkowania.** (Brit. Medical Journal — 1930; La Semaine Dentaire, Nr. 9, marzec 1931).

Autor podaje przypadek, dotyczący małej dziewczynki, która w 3-im tygodniu życia posiadała dwa dobrze uformowane i zwapniałe siekacze. Nie tkwiły one w zębodole dolnej szczęki, lecz w dwóch małych pęcherzykach, utworzonych przez śluzówkę jamy ustnej na szczycie dziąsła. Dziecko miało po urodzeniu dwa górne siekacze, które następnie wypadły; zresztą i pozostałe dwa zęby były bardzo ruchome. Przyznać należy, że znaczenie tych tworów jest nam zupełnie nieznane.

H. W.

Dr. Gérard Maurel. **Ropowice dna jamy ustnej pochodzenia zębowego (angina Ludovici).** Odczyt wygłoszony na Kongresie Towarzystwa postępu nauk w La Rochelle, lipiec 1928. La Province Dentaire, Nr. 4, lipiec—sierpień 1929).

Autor określa to schorzenie jako „rozlaną, septyczną ropnicę zgorzelinową okolicy nadgnykowej", najczęściej pochodzenia zębowego (zgorzel miazgi, zwłaszcza trzonowców, zaburzenia w wyrzynaniu się dolnego zęba mądrości, ropociek zębodołowy, ekstrakcje); niekiedy też przyczyną bywają zapalenia migdałów oraz urazy w obrębie dolnej szczęki. Sprawę chorobową powodują zarazki tlenowe (streptokoki i stafilokoki) oraz beztlenowe (bac. perfringens, oedematicus, histolycus i vibrion septicus). W sprawie symptomatologji należy podkreślić przewagę objawów ogólnych nad objawami miejscowemi. Początkowy okres choroby charakteryzuje się podwyższoną temperaturą do 39°, ogólnem niedomaganiem, zmniejszeniem ilości moczu, stwardnieniem w bocznej części okolicy dna jamy ustnej i znacznym szczękościskiem. W stadjum rozwoju choroby do wymienionych objawów dodać jeszcze należy tętno niewspółmierne z temperaturą oraz duszność o charakterze toksycznym. Wreszcie w końcowym okresie obserwujemy obrzęk twarzy, sięgający aż do okolicy nadobojczykowej, wydzielanie się gazów z okolicy podjęzykowej, temperaturę 40°, przyśpieszone tętno, wybitne zmniejszenie ilości moczu, wkońcu śmierć. Pośród komplikacyj, obserwowanych w przebiegu choroby, najgroźniejszą jest zgorzel płucna; bywają również przerzuty ropne drogą naczyń oraz złamania patologiczne żuchwy. W ustalaniu djagnozy należy wykluczyć ograniczone ropnie dna jamy ustnej o łagodniejszym przebiegu, chociaż przejść mogą w ropowicę zgorzelinową; przytem i rokowanie jest tu pomyślniejsze, podczas gdy w przypadku anginy Ludovici jest ono zawsze wątpliwe. W przypadkach ropowic dna jamy ustnej zaleca autor równoczesne zastosowanie leczenia chirurgicznego i leczenia seroterapeutycznego. Zabieg chirurgiczny, wykonany w krótkotrwałej narkozie, polegać powinien na głębokiem cięciu skóry przechodzącem na wylot poprzez dno jamy ustnej oraz następowem założeniu grubych drenów; leczenie seroterapeutyczne rozpocznie się niezwłocznie po ustaleniu djagnozy i będzie polegać na codziennym zastrzyku surowicy przeciwstreptokokowej.

H. W.

P o i r e. **Ostre septicemje pochodzenia zębowego.** (La Semaine Dentaire, Nr. 9, marzec 1931).

Septicemje zdarzają się w przebiegu różnych stanów zakaźnych jamy ustnej i zębów i przedstawiają wszelkie stadja rozwoju. Wśród spotykanych tu drobnoustrojów największą rolę odgrywają streptokoki. W sprawie patogenezy wiadomo, iż do wybuchu tych ostrych septicemij potrzeba przedewszystkiem znacznego urazu, lecz i zęby zgorzelinowe, a niekiedy nawet ropotoczne bywają przyczyną tych spraw. Nie potrzeba przytem koniecznie, by zarazki przeniknęły bezpośrednio do krwiobiegu, gdyż zakażenie krwi nastąpić może i drogą przewodu pokarmowego. Objawy są następujące: gorączka, dreszcze, bladość i słabienie, bóle głowy, biegunka, suchość jamy ustnej, przyśpieszone tętno, utrudnione oddychanie. Sebileau odróżnia 3 postacie: 1) septicemję piorunującą, nagłą; 2) formę zakrzepowo-żylną (zatoka jamista) i 3) septicemję rozwijającą się drogą naczyń chłonnych.

Terapja polega na zniesieniu ogniska, rozsiewającego zarazki do krwiobiegu przez wyjęcie odnośnego zęba, — bez miejscowego znieczulenia. W razie ostrej septicemji żylnej wyniki terapji miejscowej są wątpliwe. W razie zaś septicemji limfatyczno-ropowiczej obok zwykłych środków walki z infekcją wskazane są szerokie cięcia. H. W.

W sprawie radjogramów torbieli zapalnych pochodzenia zębowego. Na 37 posiedzeniu naukowem Warszawskiego Koła Polskiego Lekarskiego T-wa Radjologicznego, odb. w dniu 24.II.1930 r. (prezes dr. Mesz, sekr. dr. Werkenthinówna), dr. Zawadowski wygłosił referat o torbielach zapalnych zębów z pokazem przypadku operowanego.

Wytwórcze zmiany zapalne okołowierzchołkowe, zawierające często wysepki przybłonkowe, spotykane w ozębnej, mogą naskutek bujania i rozrastania się tych wysepek przemienić się w torbiele, określane nazwą wierzchołkowych. Mogą one dochodzić do znacznych rozmiarów, naprzykład, jaja kurzego i, rozrastając się, wywierają ucisk na korzenie sąsiednich zębów, które przemieszczają się i pochylają pod wpływem tego ucisku. To przemieszczenie i pochylenie korzeni zębowych jest ważną cechą rozpoznawczą torbieli korzeniowych.

Tak zwane torbiele zawiązkowe czyli folikularne, w przeciwieństwie do torbieli korzeniowych, powstających na tle stanu zapalnego, są zmianami o charakterze nowotworów łagodnych i występują pod kilkoma postaciami, różniącemi się obecnością lub brakiem zęba w swem wnętrzu, a także jedno- lub wielokomorowością.

Podczas gdy torbiele zawiązkowe są dość rzadkie, z torbielami korzeniowemi, czyli zapalnemi spotykamy się stale. Dlatego też ich obrazy radjologiczne są dla nas ważne, ważne również jest rozpoznanie różniczkowe, gdyż z jednej strony odróżniać je należy od większych ziarniniaków, zaś z drugiej strony od prawidłowych szczegółów budowy szczęki, a mianowicie, dolnych części zatok, które nieraz występują w postaci cieni okrągłych, trudnych do odróżniania od torbieli.

Najważniejszemi objawami różniczkowemi będą — brak naokoło torbieli cieniutkiej regularnej warstewki zbitej, która otacza zawsze cień zatoki, oraz odpychanie i przemieszczanie korzeni sąsiadujących zębów.

Otaczające niekiedy torbiel komorową zagęszczenie utkania kostnego tworzy zwykle warstewkę grubszą, nieco nieregularną lub poprzerywaną.

Prelegent demonstrował szereg przezroczy, na których uwidocznione były rozmaite postacie spraw zapalnych okołowierzchołkowych, torbiele wierzchołkowe i duża torbiel zawiązkowa szczęki dolnej z zawartym w niej zębem mądrości; pokazywał również preparat operacyjny torbieli, która przedstawiona jest na jednem z przezroczy.

D y s k u s ja:

N. Sabat: Podział torbieli na z a p a l n e i m i e s z k o w a t e jest niewłaściwy. Przecież torbiel mieszkowata również może być pochodzenia zapalnego. Naukowo uzasadniony i powszechnie przyjęty jest podział na torbiele korzeniowe (cystes radiculares) i torbiele mieszkowate (cystes folliculares). Dr. Zawadowski odróżnia torbiele zapalne czyli korzeniowe, rozwijające się ze zmian zapalnych wierzchołkowych, od torbieli zawiązkowych, które mają charakter nowotworu łagodnego. (P. G. L. 27 r. 1930).

Odgłosy.

I.

Sprawy podatkowe z uwzględnieniem zawodu dentystycznego

(Ciąg dalszy. — P. zesz. 9/10 r. 1931).

3) Dr. Wilaer, Drohobycz (Now. Sp. Lek. nr. 2 r. 1929) podaje m. in. co następuje:

Liczne artykuły w prasie, memorjały, interwencje u władz skarbowych niższych i wyższych tyczą się podatków. Dotychczas były one przeważnie bez skutku. Dochody lekarzy maleją z roku na rok, podatki natomiast rosną. Reprezentacje lekarskie wysuwają stale na pierwsze miejsce żądanie zamianowania lekarzy jako mężów zaufania i członków komisyj szacunkowych. W ten sposób spodziewają się, że potrafią usunąć niesprawiedliwy wymiar podatków. Otóż autor siedział przez dwa lata w takiej komisji szacunkowej, był też mężem zaufania i dzieli się z kolegami swojemi doświadczeniami na tle wymiaru podatków.

Całą akcję wymiarową, mimo ścisłych przepisów ustawy, uważa w praktyce za zupełnie spaczoną. Naczelnik urzędu skarbowego otrzymuje tajne instrukcje, komisjom szacunkowym niedostępne. Akt wymiaru podatkowego zaczyna się od zeznania płatnika, które składa „według wiedzy i sumienia" pod rygorem skutków prawnych za fałszywe zeznanie. Władze podatkowe, a za niemi i komisje szacunkowe tych zeznań nie uwzględniają.

Ksiąg handlowych lekarz nie prowadzi, tylko zapiski dziennych dochodów. Bywało, że pojedyńczy lekarze dołączali do swoich zeznań imienny spis pacjentów i kwot od nich otrzymanych. Przewodniczący ko-

misji nie chciał członkom tych zapisków pokazać, twierdząc, że to jest tajemnica lekarska, której zdradzić mu nie wolno.

Na pytanie autora, skierowane do niego, na jakiej podstawie wymierza on podatek, otrzymał odpowiedź: „na podstawie mego sumienia i mego długoletniego doświadczenia".

Kiedy zwrócił uwagę komisji, że nie można bezpodstawnie zarzucać lekarzom oszustwa przez składanie fałszywych zeznań, zapadła pewnego razu następująca arcyciekawa uchwała komisji: Komisja daje w zupełności wiarę złożonym przez pp. lekarzy zeznaniom, jednakowoż ze względu na ogólny sposób wymiaru (?) zmuszona jest kwotę podwyższyć. Uchwałę tę zredagował sam przewodniczący komisji. Zaprotokułować tej uchwały jednak nie chciał.

Dla ilustracji sposobu wymiaru autor podaje następujący przypadek: panu I. Z., właścicielowi tartaku, młyna, cegielni, fabryki mebli, rafinerji nafty, 100 morgów lasu, udziałów naftowych i karczmy, wymierzono na podstawie przedłożonych przez niego ksiąg, zbadanych przez władzę, taki sam podatek o b r o t o w y, jak sklepikarzowi E.! Podatki w taki sposób wymierzane muszą wywołać niezadowolenie i oburzenie.

Przy wymiarze podatku dochodowego władza podatkowa podaje płatnikowi do wiadomości wszelkie usterki w zeznaniach. Płatnik lekarz trzymuje zwykle szereg usterek do wyjaśnienia.

Np. dochód zeznany wydaje się wobec licznej klijenteli lekarzy za niski. Lekarz spieszy do urzędu podatkowego z zapiskami, innego dokumentu nie mając. Tam otrzymuje odpowiedź, że władza ma poufne wiadomości, że dochód tego lekarza jest wyższy od podanego.

Jeżeli już trafia się komisja, która wniosków przewodniczącego nie uznaje, natenczas wnosi on sprzeciw przeciw uchwale komisji i zwykle utrzymuje się ze swoim wnioskiem u władz odwoławczych.

A teraz kilka słów o mężach zaufania, których władza mianuje z każdego zawodu.

W pewnym roku Związek Lekarzy wniósł memorjał w sprawie podatku do władzy skarbowej z żądaniem wyznaczenia z grona lekarzy jednego do każdej komisji szacunkowej oraz mężów zaufania.

Pan inspektor oświadczył, że członkowie komisji już są zamianowani, ale dwóch, którzy wręczyli memorjał, zamianował z miejsca mężami zaufania. Przeszli z nim po kolei wszystkie zeznania lekarzy. U niektórych uznali zeznania za nieodpowiadające rzeczywistości i zgodzili się na podwyższenie kwoty, przeważnie jednak żądali obniżenia wniosków dochodowych.

Komisja szacunkowa przyjęła wyższe kwoty przez tych podane, zaś nad wnioskami na obniżenie przeszła do porządku dziennego

Rebus sic stantibus uważa, że ani lekarze zasiadający w komisjach szacunkowych, ani mężowie zaufania najmniejszego wpływu na procedurę wymiaru podatków mieć nie będą, więc szkoda tylko czasu i trudu.

Dla obrony zagrożonego bytu lekarzy będziemy musieli zupełnie innych chwycić się środków. I jeśli wszyscy lekarze w Państwie wystąpią solidarnie, to nie ulega najmniejszej kwestji, że zwycięstwo będzie po naszej stronie.

Interwencja zrzeszeń lekarskich.

1) „Polskie Tow. Medycyny Społecznej" i „Zrzeszenie Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej" wystosowały wspólny memorjał do Izby Skarbowej w sprawie powoływania do komisyj szacunkowych przy wymiarze podatków przedstawicieli obydwu organizacyj. Zrzeszenia lekarskie wnoszą o polecenie organom podatkowym Ministerstwa Skarbu powoływania przy wymiarze podatków bezpośrednich (przemysłowego i dochodowego) od lekarzy i lecznic do komisji szacunkowych obu instancyj przedstawicieli obu stowarzyszeń ewent. powoływania przedstawicieli tych stowarzyszeń w charakterze rzeczoznawców przy wymierzaniu podatków od członków wspomnianych stowarzyszeń ze względów następujących:

Jak widać z załączonych do memorjału podań, skierowanych przez lekarzy, dotychczasowy system przy wymierzaniu podatków prowadził w całym szeregu wypadków do krzyczących niesprawieliwości: początkujący lekarze zostali opodatkowani w jednakowym stopniu z lekarzami, którzy oddawna praktykują i cieszą się poważniejszą praktyką; inni zostali opodatkowani na sumy, które każdy, obeznany z wysokością honorarjów lekarskich, musi uznać za fantastyczne.

Powyższy stan rzeczy daje się tłumaczyć tylko tą okolicznością, że komisje szacunkowe bądź bardzo mało korzystały z informacyj lekarzy, bądź też informacje swoje czerpały od osób, które nie były w stanie udzielić ścisłych danych o członkach towarzystwa. Trzeba podkreślić, że każde stowarzyszenie lekarskie posiada swoją klijentelę, swoją przeciętną zarobków, i że wskutek tego o wysokości zarobków najściślejsze dane można otrzymać tylko od tego stowarzyszenia, do którego należy dany lekarz.

Wzmiankowane stowarzyszenia grupują znaczny odłam lekarzy, są też wobec tego uprawnione do współdziałania z władzami podatkowemi przy wymierzaniu podatków i niewątpliwie w razie przychylnego potraktowania wystosowanego memorjału da się uniknąć szereg krzyczących niesprawiedliwości, jakie miały miejsce.

2) Zarząd Naczelnej Izby Lekarskiej, prowadząc starania o uregulowanie spraw podatkowych, w dniu 24.II.30 r. złożył w Sejmie na ręce marszałka Sejmu i 9 członków Komisji Podatkowej memorjał w sprawie ustawowego zwolnienia lekarzy od podatku przemysłowego (obrotowego). Delegaci Naczelnej Izby Lekarskiej w osobach dr. Kapuścińskiego i dr. Robina przy składaniu memorjału konferowali z marszałkiem Sejmu, który odniósł się przychylnie do dezyderatów N. I. L.; konferowali również z poszczególnymi posłami. Do decydujących w tej sprawie uchwał sejmowych nie doszło.

Wobec braku narazie widoków na przychylne załatwienie dezyderatów lekarzy ze strony władz zarząd postanowił poczynić starania o uporządkowanie spraw podatkowych, z jednej strony przez zebranie doraźnie odpowiedniego materjału za pośrednictwem Izb dla uzyskania danych co do podniesienia podatku w stosunku do roku ubiegłego, na co wpłynęły skargi ze strony Izb. Licząc się jednak, że zebrany tą drogą materjał może być szczupły, zarząd postanowił z drugiej strony przystąpić do opracowania statystycznego sprawy podatkowej na podstawie cyfr, zebranych w Państwowych Izbach Skarbowych, Kasach Chorych i t. p. Opra-

cowanie tego rodzaju uwzględniające rozmieszczenie lekarzy w Polsce, ich płace w stosunku do czasu pracy, ilość godzin pracy na dobę, wydatki, związane z pracą lekarza i t. p., może określić dość dokładnie ogólne położenie materjalne stanu lekarskiego. (Działalność zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej za r. 1930. Dz. U. I. L. nr. 4, 1931).

3) W dniu 29.IV.1930 r. delegacja zarządu Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej w osobach: dr Jerzego Blaya, dr. Adama Pietrasiewicza i Radcy Prawnego mec. Janusza Tomorowicza złożyła na ręce Prezesa Izby Skarbowej Grodzkiej, p. dr. K. Góry, następujący memorjał:

Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma zaszczyt przedstawić Izbie Skarbowej Grodzkiej w Warszawie następujące postulaty z prośbą o ich uwzględnienie.

Zarząd Izby Lekarskiej od paru lat zajmuje się intensywnie sprawami wymiaru podatków państwowych od lekarzy. Przyczyny, dla których sprawy podatkowe stały się obecnie tak ważnemi dla stanu lekarskiego, wyłuszczył zarząd Izby Lekarskiej w memorjale, przedstawionym w Ministerstwie Skarbu Panu Dyrektorowi Departamentu Michalskiemu w słowach następujących:

W ostatniem dziesięcioleciu, w okresie po przebytych wielkich zmaganiach wojennych, na całym niemal świecie, a w Europie w szczególności, przeobraziło się prawie do niepoznania życie społeczno-gospodarcze poszczególnych narodów i warstw społecznych.

Polska ten kryzys społeczno-gospodarczy odczuła nie mniej, niż inne państwa. Poszczególne warstwy społeczno - gospodarcze, zmuszone do przystosowania się do nowych warunków, zmieniły swój charakter bytowania i system pracy zawodowej.

Przemianę tę najjaskrawiej daje się zauważyć w t. zw. wolnych zawodach wogóle, a w zawodzie lekarskim w szczególności. Wprowadzenie w życie i szybki rozwój przymusowego ubezpieczenia na wypadek choroby i pomocy lekarskiej dla pracowników państwowych i komunalnych, oraz szeregu instytucyj dobroczynnych, udzielających pomocy lekarskiej bezpłatnie, lub za minimalnem wynagrodzeniem, siłą rzeczy musiało wpłynąć na ciągłe zmniejszanie się t. zw. wolnej praktyki lekarskiej. Jeśli dodamy do powyższego ciężary podatków państwowych i komunalnych oraz świadczenia społeczne, któremi lekarze są specjalnie obciążeni, jasnem będzie, iż zawód lekarski ubożeje. Na ogólną liczbę około 10.000 lekarzy w Polsce zaledwie 5000 lekarzy zajmuje się praktyką prywatną znacznie uszczuploną.

Lekarze, pracujący w instytucjach ubezpieczeniowych, wpłacają na rzecz Skarbu bardzo duże sumy z tytułu potrącanego podatku dochodowego od uposażeń.

Wszystkie wyżej wyszczególnione motywy pozwalają twierdzić, że obciążenie podatkowe lekarzy przekracza znacznie ich zdolność płatniczą, co wpływa na stałe likwidowanie poradni lekarskich.

Zarząd Izby Lekarskiej uważał za swój obowiązek, wypływający z ustawy o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich, wziąć żywy współudział w prawidłowem opodatkowaniu stanu lekarskiego. Z jednej strony Izba Lekarska przez powołanie specjalnej Komisji Podatkowej i eksper-

tów, kontrolowała prawidłowe wykonywanie obowiązków podatkowych przez lekarzy, z drugiej strony Izba starała się o sprawiedliwe postępowanie władz podatkowych przez zaofiarowanie im swej współpracy.

Ta druga część zadania została Izbie Lekarskiej ogromnie utrudniona przy wymiarze podatku przemysłowego przez zmianę dotychczasowego stanowiska władz podatkowych.

Władze podatkowe w latach poprzednich przesyłały Izbie Lekarskiej odwołania lekarzy od wymiaru podatku przemysłowego, celem wypowiedzenia swej opinji; opinje te były z całą skrupulatnością udzielane, i akta załatwionych spraw za lata ubiegłe mogą dać świadectwo bezstronności Izby Lekarskiej.

Obecnie władze podatkowe nie przysłały Izbie Lekarskiej odwołań lekarzy do zaopinjowania, ani też zażądały tej opinji od Izby Lekarskiej (jak to dotychczas rok rocznie było praktykowane), przez co uniemożliwiły jej współudział w załatwieniu tej sprawy, uważanej powszechnie przez lekarzy za dokuczliwą bolączkę ich życia. Zarząd Izby wyraża swój głęboki żal z powodu, iż władze skarbowe uczyniły tem zarządzeniem krok wstecz w sprawie uregulowania sprawiedliwego wymiaru podatków .

Buchalterja w zawodzie lekarskim nie jest prowadzona sposobem ksiąg handlowych, tak samo jak i cały tryb wykonywania praktyki lekarskiej daleki jest od form przedsiębiorstwa i prowadzi się systemem prywatnych poradni, mieszczących się wewnątrz mieszkania lekarza.

Wymiar podatków bezpośrednich od zarobków takiego zawodu natrafia zawsze na duże trudności. Istnienie ustawowej organizacji zawodu lekarskiego w postaci Izby Lekarskiej, organizacji publicznej, pilnie nadzorowanej w swej działalności przez Departament Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, winno służyć do usunięcia tych trudności.

Izba Lekarska stosownie do ustawy państwowej nie jest związkiem zawodowym lekarzy, lecz jednym z organów władzy publicznej.

Funkcję związków zawodowych spełnia cały szereg organizacyj, zwłaszcza zaś Związek Lekarzy Państwa Polskiego.

Władze skarbowe winny dla dobra sprawy darzyć Izbę Lekarską zaufaniem, któremu Izba godnie odpowiada.

W tym stanie rzeczy zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej ma zaszczyt prosić Pana Prezesa Izby Skarbowej Grodzkiej w Warszawie o zasięganie opinji Izby Lekarskiej przy rozstrzyganiu odwołań lekarzy od wymiaru podatku przemysłowego i dochodowego. (Dz. Urz. 2.1931).

4) Zarząd Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej wspólnie z zarządem Okręgu Warszawsko-Białostockiego Związku Lekarzy Państwa Polskiego złożył Ministrowi Skarbu memorjał w sprawach podatkowych lekarzy.

Memorjał został złożony przez delegatów zarządu Izby i zarządu Okręgu Związku Lekarzy P. P. na ręce Dyrektora Departamentu Ministerstwa Skarbu p. Michalskiego, który ustosunkował się życzliwie do przedstawionych dezyderatów i obiecał wydać odnośne zarządzenia.

Podpisana Izba Lekarska i Związek, jako organizacje zawodowo-lekarskie, uważają za swój obowiązek przedstawić Ministerstwu Skarbu we własnem oświetleniu sprawę pobierania od lekarzy podatków: obrotowego i dochodowego.

A. Jeżeli idzie o podatek obrotowy, to nie powinien on być od lekarzy wogóle pobierany, a to dlatego, iż lekarze, nie posiadając w rozumieniu ustawy przedsiębiorstw ani przemysłowych ani handlowych z kapitałem obrotowym, nie dokonywują tem samem żadnego obrotu, a sumy, uzyskane z praktyki, są najbardziej upodobnione do uposażenia.

Mając jednak na względzie, że w obecnej sytuacji finansowej (chociaż podatek obrotowy pobierany od lekarzy w odniesieniu do sumy ogólnych podatków odgrywa nieznaczną rolę) radykalna reforma nie dałaby się pogodzić z interesem Państwa, uważamy, że reforma ta w sprawie podatku obrotowego powinna być przeprowadzona częściowo, a mianowicie:

> przez systematyczne obniżanie stawek podatkowych z roku na rok, w ten sposób, aby z czasem podatek obrotowy, pobierany od lekarzy, został zupełnie skasowany, przyczem winna być wprowadzona do postępowania wymiarowego zasada jawności i współdziałania płatnika przy wymiarze, conajmniej w tej samej mierze, jak w ustawie o podatku obrotowym.

B. W sprawie podatku dochodowego uważmy, że niesprawiedliwem jest, aby lekarze płacili skalę podatkową w tej samej wysokości, jak np. przemysłowcy, kupcy, rentjerzy i t. p.

Należy wziąć pod uwagę, że dochód lekarza jest otrzymany z jego własnego, ciężkiego wysiłku, gdy natomiast dochód rentjerów, przemysłowców — to dochód z ich kapitałów, a tylko w nieznacznej mierze z pracy.

Jeżeli ustawodawca niższą stopę podatkową wprowadził dla podatku od uposażeń, to również byłoby słuszne uwzględnienie w noweli ustawy w podatku dochodowym niższej stopy % % podatku od lekarzy.

Dotychczasowe okólniki Ministra Skarbu, a w szczególności wyniki akcji wymiarowej podatku dochodowego wykazały, że dla lekarzy procent średniej dochodowości w stosunku do sumy obrotu był przyjmowany w zbyt wygórowanym stopniu, przeciętnie w wysokości 80% mimo, że omawiane normy średniej zyskowności były znacznie niższe (Dz. Urz. Nr. 3, 1931 r.).

5) Zarząd Izby Lekarskiej Lubelskiej w całym szeregu spraw zastanowił się również nad ważnem zagadnieniem podatków w stosunku do zawodu lekarskiego. W swem sprawozdaniu z działalności za r. 1930 zarząd m. in. zaznacza:

Sprawy podatkowe — to dzisiaj dla stanu lekarskiego ostra choroba zakaźna, która przechodzi w stan chroniczny; zabierają one lekarzowi czas, szarpią nerwy, a nawet odbierają często dobre imię i czynią z niego oszusta.

Zarząd Izby dużo czasu poświęcił tej sprawie, szuka dróg, któremi należałoby pójść, aby nareszcie stworzyć jakiebądź współżycie między lekarzami a urzędami skarbowemi. Stan lekarski ubożeje z roku na rok, zarobki się kurczą, ogólny na polu ekonomicznem odbija się w wysokim

stopniu na zawodzie lekarskim; nadprodukcja lekarzy istnieje, lecz mimo to wciąż w Izbach Skarbowych utrzymuje się opinja, że lekarze zarabiają dużo, że ukrywają swoje zarobki i wobec tego mogą płacić o 200—300%, więcej niż wypada według ich zeznania. Stan lekarski nie jest w możności płacenia podatków za zbankrutowanych kupców, upadający przemysł i t. d. Czas wielki skończyć z tą fikcją wielkich zarobków lekarskich.

Zanika dzisiaj typ lekarz wolnopraktykującego; gdyby nie dodatkowe posady i to po kilka, często lekarz nie mógłby się utrzymać. Kasy Chorych, Urzędy Państwowe, Sejmiki, Magistraty, które mają swoich lekarzy ograniczyły do minimum wolną praktykę.

Należy nadmienić, że Izba Skarbowa w Lublinie dzięki obywatelskiemu stanowisku jej kierowników bardzo często przychylnie ustosunkowuje się do wyjaśnień lekarzy i uwzględnia ich postulaty. Na terenie Izby Skarbowej w Lublinie zarząd starał się, aby zeznania kolegów były odsyłane do Urzędu Skarbowego wraz z opinją zarządu Izby Lekarskiej i aby ta opinja była miarodajna do ustalenia wymiaru podatkowego. Jako dowód, iż sprawa podatkowa jest paląca, mogą służyć te liczne listy lekarzy, którzy z wielką radością powitali ankietę podatkową zarządu Izby Skarb. Lub. W roku ubiegłym z Lubelską Izbą Skarbową ustalono normy potrąceń na rok 1930 od sumy obrotu do podatku dochodowego. Wynoszą one od 25 do 50%, t. j. dla internistów i pedjatrów 25%, dla pracowni fizykalnych, rentgenowskich i analitycznych 50%, dla reszty specjalności 35%. Oprócz powyższego procentu od podatku dochodowego jedynie można potrącać ubezpieczeniowe na życie, wszelkie zaś inne podatki wchodzą w powyżej przytoczony procent potrącenia. Mowa tu jedynie o podatku dochodowym z wolnej praktyki. Powyższe normy zostały przesłane zastępcom naczelnika Izby Lekarskiej na Województwo Poleskie i Wołyńskie jako wytyczne. (D. U. I. L. nr. 3, 1931). (D. c. n.).

II.

Sprawa „samodzielności" studjujących dentystykę

Studentom respective studentkom Państwowego Instytutu Dentystycznego nie wolno wykonywać płatnie lub bezpłatnie żadnych czynności dentystycznych poza Instytutem: ani u kogo, ani u siebie.

Na sprawę powyższą zwróciliśmy uwagę w zesz. 9 — 10 „Kroniki" r. 1930. Stwierdziliśmy, iż dzieje się to z krzywdą dla racjonalnych studjów dentystycznych i demoralizuje owych „chwilowych" praktyków przeważnie płci żeńskiej. Powoływaliśmy się również na istniejące prawo, oparte na rozporządzeniu Prezydenta Rzp. P. z r. 1927. Przestępstwo prawne, karalne w myśl tego prawa (są to już sprawy znane), popełniają zarówno ów „szef" jak również „asystentka". W przytoczonym przez nas przypadku zostały ukarane obydwie strony: szef i studentka. A bynajmniej nie należy to do spraw zbyt przyjemnych, bowiem każda kara na przyszłość pozostaje, jako piętno.

Okazuje się, iż omawianego rodzaju amatorek resp. amatorów jest więcej. Ani owi „szefowie", ani też owe studentki (przeważnie) nic sobie z tych uwag nie robią. Może to dlatego , iż dentystyka mało lub wcale ich nie interesuje ani pod względem obowiązkowości prawnej, ani etycznej; traktowana jest, jako interes wyłącznie zarobkowy.

Nie dziwimy się więc, iż w przyszłości robione one kombinacje z partolącą „młodzieżą" techniczną, firmantując im, lub darząc ich „najczystszą" miłością 100%-ową. Czynią to nietylko amatorki „starego testamentu", ale również i te osoby, które na każdym kroku akcentują swoją nadzwyczajną wyższość.

Nie możemy dopuścić, aby poważna ta sprawa była obojętna dla kogokolwiek, ani też nie może ona być lekceważona przez nikogo. Należy wziąć pod uwagę obecny kryzys ekonomiczny. Nie każdy jest tak szczęśliwy, iż może sobie zdobyć protekcję resp. szerokie plecy, aby dostać się do Kasy Chorych, do Magistratu, do urzędników, banku i innych instytucyj, rozporządzających swoją organizacją pomocy dentystycznej. Wszak tu ani wiedza zawodowa, ani liczba lat pracy, nie grają żadnej roli.

Zajmując więc nieprawnie różne posadki za mizerne grosze nieraz u zamożnych dentystów, studentki Instytutu Dentystycznego pozbawiają chleba osoby, zmuszone przeżyć za skromne pieniądze, powiększają więc liczbę bezrobocznych a również uprzedzenie do Instytutu.

A owe bezrobocze pracownice z grona osób kończących Instytut, będące nieraz w wielkiej potrzebie, obecnie stanowią już, jak wiadomo, pokaźną liczbę. I dla tych brak już protekcji z tej lub innej przyczyny, z tego lub innego względu. Wyłamująca się ze swoich obowiązków moralnych i prawnych studenterja (faktu nie uogólniamy) popiera niesumiennych „szefów", którzy wyzyskują pracę, dopomaga im w łamaniu obowiązującego prawa, narażając siebie na kary już na samym początku karjery zawodowej. Rozporządzenie P. Prezydenta Rzp. P. z dn. 10 czerwca 1927 r. (p. Dz. U. Rz. P. nr. 54 z dnia 18 czerwca 1927 r. poz. 476) o wykonywaniu praktyki dentystycznej w art. 27 przewiduje poważne kary, już nie mówiąc o możliwości bezwzględnego wykluczenia z Instytutu.

Niemniej karygodne jest samodzielne uprawianie dentystyki przez pewne osoby z grona uczącej się w Instytucie młodzieży w domu, w warunkach niedozwolonych, w celach, rzecz prosta, zarobkowych (i to poważnych). Wyzyskana tu jest technika dentystyczna, która ze względu na dostępne ceny, ma powodzenie. A zaznaczyć należy, iż ten sposób uprawiania „praktyki" w celach zarobkowych nie jest zgodny z prawem: unika się płacenia podatków, kontroli prawnej, a wyzyskuje się sfery mało lub zupełnie niezamożne; wykonawcy nie ponoszą żadnej odpowiedzialności w stosunku do pacjentury, bowiem „pracują" w ukryciu. W przypadku przyłapania owych „wolnych" praktyków może nastąpić kompromitacja, co niesłusznie idzie na karb studenterji.

Słychać było o pewnym przypadku, który miał miejsce w dolnej części Warszawy, nastąpiło nawet dochodzenie policyjne (zaznaczamy, iż nie dotyczyło to niewiasty). Są to zgrzyty przykre dla młodzieży.

Ponieważ nikomu prawa łamać nie wolno, to i młodzieży Instytutu Dentystycznego tego w myśl obowiązującego Rozporządzenia o wykony-

waniu praktyki dentystycznej tego czynić również bezwarunkowo nie wolno.

Wzmiankowaną w tytule sprawę poruszamy po raz drugi. Czynimy to pod naciskiem kolegów, szczególnie wielu niezamożnych koleżanek. Sądzimy, iż Państwowy Instytut Dentystyczny, na którego czele stoją ludzie zasłużeni, bezwzględnie orjentujący się, dbający o dobro zawodu i młodzieży, ostatecznie zadecyduje i wyda odnośne postanowienie, które winno położyć kres zachciankom owej kategorji chciwych łatwych zarobków osób, które ignorują i lekceważą prawo, podważając autorytet uczelni.

Nie narzucając bynajmniej ludziom poważnym sposobu zareagowania na powyższe wykroczenia, sądzimy, że nie należy krępować się nawet wykluczeniem z Instytutu. Z obowiązku społecznego postanowienie obowiązujące winno być podane do wiadomości publicznej, co ważne jest również z tego względu, że różni spekulanci zostaną poinformowani o konsekwencji traktowania sprawy w razie wykroczenia.

Z obowiązku publicystycznego komunikujemy, iż w razie stwierdzenia jakiejś kombinacji niedozwolonej, nie będziemy się krępowali podawania faktów do wiadomości publicznej (prosimy o fakty).

Wobec tego, iż władza nadzorcza, jak mieliśmy możność przekonania się, jest w stwierdzonych przypadkach zbyt łagodna (niewiadomo dlaczego), każdy zakomunikowany nam fakt skierujemy do prokuratury, która inaczej zapatrywać się będzie na tego rodzaju wykroczenia prawne.

Nie będziemy się obawiali ani gniewu malkontentów (jak to już niesłusznie było) z pośród osób, widocznie zainteresowanych, bardzo wrażliwych na słowo „Instytut", ani też niepoważnych młodzieniaszków, których poglądy na tę sprawę znamy (zarozumiałość, drwiny z innych, i t. d.), którzy wiele mówią, nic jednak nie czynią, aby wykroczenia zwalczyć.

Nam nie o ambicję chodzi, zasłużone lub też niezasłużone. Nam chodzi o ład w dentystyce polskiej.

Wykroczenia powyższego rodzaju były odpowiednio traktowane w drodze prawnej dawniej, za czasów carskich, tem bardziej muszą być zwalczane energicznie obecnie, gdy ciągle słyszy się o przestrzeganiu prawa, o praworządności i innych terminach, mających na względzie ostatecznie zaprowadzenie ładu w Odrodzonej Polsce. **K.**

III

Wesołki na egzaminie „konkursowo-kwalifikacyjnym" w Szkole Podchorążych Sanitarnych w r. 1931/32

Wiadomo, iż od lat kilku od kandydatów, pragnących wstąpić do poszczególnych wyższych uczelni, wymagany jest uprzednio egzamin wstępny, mający decydować o kwalifikacjach petenta: stopień rozwoju umysłowego, inteligencji, ogólnego wykształcenia i t. d. Jak niekiedy wyniki owych

egzaminów wstępnych wyglądają, m. in. stwierdza sprawozdanie d-ra Hauslingera, por. lek., z przebiegu egzaminu wstępnego do Szkoły Podchorążych San. w r. 1931/32 („Lek. Wojsk." nr. 7 z dn. 1.X.31 r., str. 284). Zgłosiło się do egzaminów 482 kandydatów.

W pierwszym dniu, kandydaci podzieleni na grupy, pod kierunkiem oficerów Baonu San., poddani zostali egzaminowi pisemnemu przy pomocy testu, w którym kandydat musiał wykazać swoje wiadomości, wyniesione ze szkoły średniej. Test zawierał 25 pytań, na które kandydat miał odpowiedzieć w ciągu jednej godziny. Wprowadzenie tego rodzaju testu przy badaniu kandydatów oddało już nieocenione usługi przy badaniu w roku poprzednim, pozwalając na zorjentowanie się w sposób szybki, a możliwie dokładny w ogólnych wiadomościach kandydatów. Trzeba zaznaczyć, że absolwenci szkół średnich w klasach ostatnich nie mają należytego przygotowania do studjów uniwersyteckich, wykazują szczupły zapas wiadomości ogólnych, co się specjalnie ujawniło w przyjmowaniu kandydatów w roku 1930. Na poparcie powyższego twierdzenia wymieniony autor przytacza odpowiedzi niektórych kandydatów z roku zeszłego.

Pytania i odpowiedzi na nie, zebrane z różnych wypracowań:

1) Wodzowie w wojnie polsko-bolszewickiej: Świtalski, Prystor, Wieniawa-Długoszewski, Składkowski, Hubicki, Beck.

2) Monarchje w Europie: Niemcy, Afganistan, Turcja, Chiny.

3) Nazwiska żyjących pisarzy polskich: Bałucki, May, Chodźko, Żeromski, London.

4) Doniosłe daty w dziejach ludzkości: rok urodzenia (kandydata), ukończenia gimnazjum, ślub i śmierć kochanych osób.

5) Największe klęski społeczne, trapiące ludzkość: lenistwo, obojętność, gnuśność, podatki, mała reprodukcja, łakomstwo, biurokracja, brak gotówki, brak rozumu, nadmierna wilgoć.

6) Wodzowie wielkiej wojny europejskiej: Petlura, Bismark, Wilson, Clemenceau.

7) Produkty destylacji węgla: węgiel drzewny, żelazo, rad.

8) Wynalazki Edisona: maszyna do pisania, lokomotywa, lupa, latarnia.

9) Postacie energji: Bóg Ojciec, Matka Boska i św. Piotr, silna wola, moc, rozkazywanie, Hannibal, Kościuszko, Napoleon, bieg, krzyk, chód, śpiew.

10) Specjalności lekarskie: homeopatja, patologja, weterynarja, psychologja.

11) Obrazy Matejki: Matka Boska Ostrobramska, Kucie kos, Branka i Sybir, Wojna, Reduta Ordona.

12) Utwory Szopena: Halka, utwory w gamach różnych, rozbity fortepian, owertura.

13) Miasta leżące nad Wisłą: Puck, Gdynia.

14) Miasta uniwersyteckie: Bydgoszcz.

15) Metale: Virtuti Militari, Krzyż Walecznych.

16) Bitwy Kościuszki: Raszyn.

Ortografja w powyższym tekście: biek, chaczyki, żułtko, cieczew.

W tegorocznym teście kandydat, mając nakreślić granice Polski i jej sąsiadów, umieścił Francję, jako sąsiada Polski.

Na pytanie, jakie rodzaje sportów zna kandydat i jakich zna rekordzistów, wszystkie odpowiedzi były wyczerpujące i dokładne. Wskazuje to na zbytnie skierowanie zainteresowań młodzieży w szkolnictwie średniem w kierunku wychowania fizycznego ze szkodą dla nauki.

Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej w Hadze

Sekcja Dentystyczna

Od 15 do 20 czerwca 1931 r.

Międzynarodowy Kongres Medycyny i Farmacji Wojskowej pod protektoratem Księcia Henryka Niderlandskiego odbył się w Hadze od 15 do 20 czerwca r. 1931. Przybyło przeszło 600 osób, przedstawicieli około 30 narodowości. Kongres odbywał swe posiedzenia we wspaniałych „Salach Książęcych".

W poniedziałek 15 czerwca, o g. 14.30, nastąpiło uroczyste otwarcie Kongresu w obecności oficjalnych delegatów różnych krajów, wchodzących w skład stałego komitetu Kongresu. Następnie uczestnicy udali się do „Sal Książęcych" dla zwiedzenia Historycznej Wystawy Służby Zdrowia, zawierającej obrazy, mundury, narzędzia, szkice rzeźbiarskie, mające związek z medycyną wojskową od najdawniejszych czasów. Wieczorem o g. 20 odbył się bankiet z udziałem delegatów oficjalnych oraz Księcia Niderlandzkiego; przemawiali na nim: minister spraw wojskowych, przedstawiając prace poprzednich Kongresów, przewodniczący gen.-lek. Diehl, który powitał delegatów różnych krajów, wreszcie gen.-lek. Rouppert (Polska), prezydent honorowy Kongresu, który dziękował przewodniczącemu za życzliwe słowa — w imieniu delegatów.

We wtorek 16 czerwca wygłosili referaty na tematy oficjalne kpt.-lek. Sedée i ppłk.-lek. Yovanovitch p. t. „Pobór, tworzenie i doskonalenie lekarzy i farmaceutów wojskowych" oraz kpt. Vansteenberghe p. t. „Pobór, tworzenie i doskonalenie oficerów administracyjnych Służby Zdrowia w armji francuskiej".

W środę 17 czerwca lek. Frilourg-Blanc i płk.-lek. Lorenz wygłosili referat na drugi temat oficjalny: „Psychozy i nerwice wojenne, bezpośrednie oraz późniejsze działanie wojny na system nerwowy wojujących i niewojujących", czwarty zaś temat — z zakresu farmacji — t. j. „Przygotowanie i przechowywanie ampułek leczniczych, używanych w Służbie Zdrowia wojsk lądowych i morskich" omówili farmaceuta wojsk. Rohner i farm.-pułk. Grinterco.

W czwartek 18 czerwca ppłk. Praag i płk.-lek. Caccia wygłosili referat na temat oficjalny, t. j. „Środki hemostatyczne na polu bitwy. Ujednostajnienie środków doraźnej pomocy oraz sposobów ich stsowania".

Tegoż dnia odbyło się pod przewodnictwem gen.-lek. Demoldera (Belgja) przy udziale gen.-lek. Kołłątaj-Srzednickiego (Polska) oraz 30 uczestników Kongresu posiedzenie Sekcji Dentystycznej, poświęcone naszej specjalności. Na porządku dziennym był temat: „Następstwa urazów wojennych zębów i szczęki dolnej oraz ich leczenie". Referenci: dr. Wit-

thaus (Holandja) oraz ppłk.-lek. dent. Mieszkis (Polska) wygłosili na ten temat dwie poważne prace, dochodzące do następujących wniosków:

I referat: 1) Przy obrażeniach dolnej szczęki ustalanie odłamów przy pomocy opaski, obejmującej podbródek i głowę, lub przy pomocy szwu kostnego nie daje dobrych wyników.

2) Zestawienie odłamów powinno się odbywać przy pomocy szyny z drutu, przymocowanej do zębów, a sporządzonej i założonej przez lekarza-dentystę.

3) Możliwie najwcześniej po urazie należy zastosować doraźny opatrunek Sauera (szyna druciana), celem prowizorycznego ustalenia złamanej szczęki dolnej.

4) Ranny powinien być jaknajrychlej skierowany do odrębnego centrum dla szczękowo-rannych.

II referat: 1) Urazy wojenne szczęk wobec poważnych swych następstw wymagają specjalnego leczenia.

2) Leczenie to powinno się odbywać wewnątrz kraju, gdyż wymaga wiele czasu, doświadczonych specjalistów, wykwalifikowanego personelu pomocniczego oraz specjalnie w tym celu zorganizowanych szpitali z oddziałem chirurgicznym, dentystycznym i protetycznym.

3) Leczenie szczękowo-rannych powinno się odbywać w odpowiednich szpitalach; w polu otrzymać może ranny jedynie pierwszą pomoc.

4) Po utrzymaniu pierwszej pomocy ranni powinni być jak najwcześniej kierowani do specjalnego szpitala wewnątrz kraju, leczenie ich bowiem jest tem skuteczniejsze, im wcześniej je rozpoczęto.

5) Należy wykształcić w czasie pokoju dostateczną ilość specjalistów w niesieniu pierwszej pomocy szczękowo-rannym w polu oraz w leczeniu wojennych obrażeń szczęk.

6) Należy zaopatrzyć składnice mobilizacyjne w odpowiednią ilość różnych szyn potrzebnych w niesieniu pomocy szczękowo-rannym.

7) Ze względu na szczególną odporność i zdolności regeneracyjne tkanki kostnej szczęk należy unikać przedwczesnego usuwania choćby najmniejszych odłamków kostnych.

8) Podobnież należy starać się zachować zęby zwichnięte lub złamane, dające się często uzupełnić protetycznie.

9) W niesieniu pomocy na froncie nie należy uciekać się do operacyj plastycznych na miękkich częściach szczęk, gdyż bardzo często przeszczepione odcinki ulegają nekrozie, co wpływałoby ujemnie na dalsze leczenie szpitalne rannego.

10) W leczeniu urazów wojennych żuchwy należy zwrócić w pierwszym rzędzie uwagę na czynność żucia, a więc na prawidłowy zgryz, następnie zaś, ze względu na wygląd zewnętrzny rannego, który częstokroć decyduje o jego przyszłości i zdolności do zawodowej pracy, należy przejść do operacyj plastycznych w częściach miękkich.

W dyskusji por. Boissier poddał krytyce wygłoszone referaty, w pracach ich bowiem nie było mowy o „następstwach" urazów wojennych; dalej zwrócił uwagę, że referenci opierali się zwłaszcza na odnośnej literaturze naukowej niemieckiej, pominęli zaś zupełnie tak bogate w tej dziedzinie piśmiennictwo francuskie, oraz uczonych tej miary, co Morestin, Sebileau, Bercher, Herpin, Lebedinski, Duformentel, Frey, Roy i t. d.

Ppłk.-lek. Bercher podtrzymuje uwagi dra Boissier i w krótkim, lecz po mistrzowsku ujętym wykładzie, wskazuje, jak należało temat opracować.

Dentysta wojsk. Filderman podkreśla duże znaczenie jednego z wniosków referenta polskiego, proponującego specjalne kształcenie lekarza-dentysty w czasie pokoju.

Tegoż dnia wygłoszono jeszcze dwie prace: kpt.-lek. Cavina: „Moje rezultaty w leczeniu następstw obrażeń szczęki dolnej" i kpt.-lek. Connelli: „Znaczenie kontroli radjograficznej w leczeniu następstw złamań żuchwy".

W końcu opracowano i po dłuższej dyskusj i przyjęto następujące wnioski — celem przedłożenia Komitetowi Kongresu:

1) Profilaktyka następstw urazów szczęki dolnej i zębów zależy w znacznym stopniu od początkowego leczenia.

2) Leczenie tych obrażeń wymaga współpracy stomatologa, chirurga i dentysty, współpracy zrealizowanej w niektórych krajach w postaci oddziału szczękowo-twarzowego.

3) Ze względu na częste uszkodzenia szczęki dolnej, pożądane jest, by specjalne ośrodki sanitarne były odpowiednio zaopatrzone dla leczenia tych przypadków.

4) Zakażenie odłamów kostnych jest tu szczególnie groźne; sprzyja mu obecność ciał obcych, albo tkanek, grających rolę ciał obcych (martwaki lub zęby). Leczenie polega na usunięciu tych przyczyn infekcji.

5) Pseudartrozy oraz ubytki tkankowe wchodzą w zakres chirurgji i powinny być leczone zapomocą przeszczepów kostnych.

6) Wadliwe zrosty kostne wymagają osteotomji z przeszczepem kostnym, lub bez oraz unieruchomienia w stanie prawidłowej artykulacji.

7) Komplikacje zębowe, jako to martwica, upośledzenie równowagi międzyzębowej i t. d. powinny być jak najwcześniej odpowiednio leczone.

8) Ankilozy kostne skroniowo-szczękowe wymagają artrotomji i zastosowania przyrządu uruchamiającego.

9) Nieprawidłowe blizny oraz ubytki tkankowe w częściach miękkich wokoło-żuchwowych wchodzą w zakres chirurgji plastycznej.

10) Neuryty wtórne będą odpowiednio leczone.

11) Nie należy pomijać wpływu obrażeń twarzy na stan ogólny zarówno jak i moralny rannego.

12) Doświadczenie ostatniej wojny wykazało potrzebę kształcenia w czasie pokoju dostatecznej ilości specjalistów w leczeniu obrażeń szczękowo-twarzowych we wszelkich ich stadjach.

Piątek 19 czerwca był poświęcony wycieczkom, przewidzianym w programie, wieczchem zaś o godz. 20 odbył się bankiet z kierowników różnych delegacyj. Przewodniczący honorowy Kongresu, gen.-lek. Rouppert (Polska) dziękował w imieniu wszystkich uczestników Kongresu gen.-lek. Diehlowi i jego współpracownikom za wspaniałe przyjęcie, jakiego doznali w ciągu tygodniowego pobytu w tym uroczym kraju.

W sobotę 20 czerwca odbyło się ostatnie posiedzenie Kongresu. Sekretarz generalny odczytał następujące wnioski:

P i e r w s z e g o t e m a t u („Pobór, tworzenie i doskonalenie lekarzy i farmaceutów wojskowych"):

I. Kwestja poboru daje się rozwiązać przez 1) wczesny pobór pośród studentów medycyny i farmacji na początku okresu szkolenia albo 2) przez późniejszy pobór z pośród lekarzy i aptekarzy dyplomowanych; przytem pierwszy system wydaje się racjonalniejszy.

II. Tworzenie lekarza i farmaceuty wojskowego powinno łączyć wiedzę lekarską lub farmaceutyczną oraz wyszkolenie wojskowe; z jednej więc strony należy je powierzyć Wydziałom cywilnym, z drugiej zaś strony szkoły przygotowawcze powinny udzielać praktycznego wykształcenia wojskowego.

III. Lekarze i farmaceuci wojskowi powinni się udoskonalać w zakresie służby technicznej zarówno jak i czysto wojskowej, taktycznej.

IV. Tworzenie oficerów rezerwy Służby Zdrowia należy do tejże Służby Zdrowia i odbywa się w jej szkołach podczas przejściowego trwania służby. Doskonalenie ich następuje na ćwiczeniach o charakterze zwłaszcza praktycznym.

V. Kongres wyraża życzenie, by różne narody, celem uzgodnienia tych pomysłów, ułatwiały wymiany oficerów Służby Zdrowia.

D r u g i e g o t e m a t u. („Psychozy i nerwice wojenne"):

I. Wojna, zwłaszcza długotrwała, odgrywa niewątpliwie rolę w genezie i częstości zaburzeń umysłowych, obok bowiem dziedziczności psychopatycznej oraz chorobowych skłonności konstytucjonalnych, dużą rolę w etjologji odgrywają też czynniki przypadkowe, a podczas wojny bywają one liczne i różnorodne: obrażenia, wstrząsy moralne i zmęczenie fizyczne, zakażenia, alkoholizm, wzruszenia.

II. Wojna nie stworzyła nowego rodzaju psychoz, dotychczas nieznanych, zwiększyła tylko częstość niektórych psychoz pochodzenia wzruszeniowego.

III. Symptomatologja każdej psychozy wojennej nosi na sobie piętno wypadków wojennych.

IV. Wrogie społeczeństwu akcje, wywołane przez psychozy i nerwice wojenne, przybrały specjalny charakter zależny od okoliczności wojennych i miały poważniejsze następstwa, niż w czasie pokoju, zarówno dla samych chorych, jak i ich otoczenia oraz karności wojsk.

V. Psychozy i nerwice wojenne pociągnęły za sobą odpowiedzialność państwa ze względu na prawo chorych do pensji inwalidzkiej.

VI. Należałoby przewidzieć już w czasie pokoju organizację służby nerwowo-psychjatrycznej w polu, która obejmowałaby:

1) jedno centrum nerwowo-psychjatryczne na armję — dla segregacji chorych, dotkniętych zaburzeniami nerwowemi lub psychicznemi, ewakuacji na tyły ciężko chorych oraz leczenia wszystkich chorych, mogących w krótkim czasie wyzdrowieć;

2) specjalne środki ewakuacyjne oraz personel, oddawane, w razie potrzeby, do dyspozycji normalnych pociągów ewakuacyjnych;

3) centrum nerwowo-psychjatryczne okręgowe, bogato opatrzone w wyspecjalizowany personel.

VII. Wreszcie, należy przewidzieć już w czasie pokoju selekcję osobników psychicznie upośledzonych i przeznaczanie ich na wypadek wojny, do odpowiednich zajęć.

T r z e c i e g o t e m a t u. („Środki hemostatyczne na polu bitwy"):

I. Hemostaza pierwszej nagłości na polu bitwy znajduje pożyteczny środek w opasce, środek jednak niebezpieczny, zwłaszcza w rękach nielekarskich.

II. Personelowi nielekarskiemu powierzyć można opaski z tkaniny elastycznej, tampony hemostatyczne, wreszcie — opaskę hemostatyczną, na wypadek, gdyby zawiódł opatrunek uciskający.

III. Noszowi zarówno jak i oficerowie mają być pouczeni o tem, że jedynie krwotok jest wskazaniem do zastosowania zawsze niebezpiecznej opaski.

IV. Należałoby starać się ograniczyć niebezpieczeństwo martwicy przy stosowaniu opaski.

V. Istotną rolę zdaje się tu odgrywać wyszkolenie personelu podwładnego.

VI. Należałoby ogłosić konkurs na najlepszy opatrunek hemostatyczny.

C z w a r t e g o t e m a t u. („Przygotowanie i przechowanie ampułek leczniczych używanych w Służbach Zdrowia wojsk lądowych i morskich"):

I. Ampułki powinny być uprzednio oczyszczone i wyjałowione.

II. Należałoby używać wody świeżo destylowanej lub wody destylowanej przechowanej aseptycznie.

III. Olej w płynach do zastrzyków powinien być obojętny i jałowy.

IV. Im dokładniej przestrzegać będziemy środków aseptyki w ciągu przygotowania, tem łatwiejsza i pewniejsza będzie sterylizacja.

V. Doskonałą metodą sterylizacji jest sterylizacja w autoklawie w temp. 110—120° w ciągu 15—20 minut.

VI. Dobra konserwacja ampułek leczniczych wymaga użycia szkła obojętnego, dokładnie zbadanego.

P i ą t e g o t e m a t u podaliśmy wyżej, opisując przebieg obrad Sekcji Dentystycznej. Pragniemy tu jednak podkreślić, że zmieniono artykuł 2, który teraz brzmiał: „Leczenie tych obrażeń wymaga współpracy stomatologa i chirurga, współpracy zrealizowanej w niektórych państwach w postaci oddziału szczękowo-twarzowego"; pominięto więc poprostu trzeciego współpracownika „dentystę", i dopiero energiczny protest dentysty wojskowego Fildermana sprawił to, że tekst wniosku otrzymał nowe brzmienie: „współpraca specjalisty i chirurga". Nie przyjęto natomiast wniosku Fildermana o zmianę nazwy Kongresu, w którym uczestniczą nietylko oficerowie-lekarze i farmaceuci, na ogólniejszą nazwę „Kongresu medycyny wojskowej".

Następnie sekretarz ogłosił, że następny 7-my Kongres odbędzie się w Madrycie w r. 1933. Na porządku dziennym tego Kongresu znajdują się następujące tematy:

1) Mobilizacja Służby Zdrowia w związku z nowemi przepisami konwencji genewskiej.
2) Szczepienia ochronne.
3) Wysunięte punkty opatrunkowe w wojnie ruchowej.

4) Środki spożywcze konserwowane.

5) Organizacja: a) służby dentystycznej, b) służby administracyjnej.

Na zakończenie warto przypomnieć, iż przed Kongresem, odbytym przed 4 laty w Warszawie, Sekcja Dentystyczna nie istniała, i dopiero starania francuskich delegatów na Zjazd warszawski, podjęte wespół z kolegami polskimi doprowadziły do oficjalnego uznania tej Sekcji, nabierającej odtąd coraz to większego znaczenia i budzącej coraz to większe zainteresowanie wśród delegatów i uczestników Kongresów.

* * *

Polskę reprezentował oficjalnie Szef Departamentu Zdrowia M. Spr. Wojsk., honorowy przewodniczący Kongresu, generał dr. St. Rouppert, jako przewodniczący delegacji, złożonej prócz niego z trzech lekarzy wojskowych (gen. dr. Jan Kołłątaj-Srzednicki, płk. dr. A. Huszcza i pułk. dr. Babecki), szefa Wydziału Farmaceutycznego (płk. St. Krupiński) i wreszcie z najstarszego stopniem lekarza-dentysty wojskowego (ppłk. St. Mieszkis).

Prócz delegacji oficjalnej brało udział w Zjeździe, licząc łącznie z rodzinami, 15 oficerów lekarzy, w tem połowa służby czynnej i połowa z rezerwy.

W wystawie wzięło udział 11 wojskowych Służby Zdrowia różnych armij, przyczem reprezentowane były również Niemcy i Austrja, choć w kongresie samym udziału nie brały.

Dział Polski miał na wystawie pierwszorzędne miejsce — był na wystawie jednym z najlepszych. Zawdzięczać to należy przedewszystkiem kpt. Konopce, który zajął się zebraniem eksponatów, ich ułożeniem, wysyłką, a nawet pomyślał o dekoracji pięknemi polskiemi kilimami.

Kronika i sprawy zawodowe.

— **Nowe pisma dentystyczne.** Nakładem „Dental Journal" w Weinfelden (Szwajcarja) ukazuje się pod tytułem „Acta Odontologica" międzynarodowy centralny organ, poświęcony akologji dentystycznej; pismo obejmuje pod względem naukowym i praktycznym materjały, leki, aparaty i narzędzia dentystyczne; ukazuje się perjodycznie naprzemian w językach: niemieckim, angielskim, francuskim oraz hiszpańskim; dostarczane będzie bezpłatnie. Ma ono liczyć na zainteresowanie 60.000 do 80.000 fachowców we wszystkich krajach Europy i zainteresuje cały świat fachowców, szczególnie o wszelkich nowościach akologicznych w dziedzinie dentystyki.

Pierwszy numer ukazał się we wrześniu r. b. z okazji odbytych kongresów międzynarodowych w Paryżu i Budapeszcie. Następny numer ukaże się wkrótce. Fachowcy, życzący sobie otrzymywać pismo bezinteresownie i w żądanym języku, winni się zwrócić do redakcji: dr. P. Feles, Budapeszt IV, Semmelweis U. 4. Wynalazcy i wykonawcy raczą skomunikować się w omawianej sprawie z redakcją.

P. t. „International Dental Review" od stycznia r. 1931 zaczęło wychodzić pismo dentystyczne pod red. dra Louis Ottofy w m. Oakland, California, Stany Zjedn. Am. P., 175 Vernon Terrace. Pismo, jako miesięcznik, poświęcone jest wszystkim gałęziom dentystyki, dentystyce międzynarodowej, sprawozdaniom i piśmiennictwu dentystycznemu.

= **Sprawa rozwodowa z przyczyny woni z ust.** Niezwykła sprawa rozwodowa była rozpoznawana w rabinacie w Warszawie. Przed rabinami stanęło małżeństwo E., które przez 10 lat prowadziło zgodne współżycie. Ostatniemi czasy pani E. zapadła na chorobę, która spowodowała wydzielanie się złej woni z ust. Pan B. rozjeżdżał z żoną do najwybitniejszych lekarzy w kraju i zagranicą, a skoro ci uznali chorobę za nieuleczalną, pan E. wniósł skargę o rozwód. Przed sądem rabinackim p. E. zapewnił, że nie kieruje się złą wolą, a postępowanie jego spowodowane jest niemożnością znoszenia złej woni.

Rabini powstrzymywali się z wydaniem decyzji na 3 miesiące, proponując panu E. powrót na ten czas do żony. Pan E. propozycji nie przyjął, natomiast na żądanie rabinów podjął się dostarczenia świadectw lekarzy o nieuleczalności choroby jego żony. (N. Prz. z dn. 31 sierp. 1931 r.).

= **Wprowadzenie ceł na książki.** W „Dzienniku Ustaw" nr. 84 zostało opublikowane rozporządzenie ministrów: Skarbu, Przemysłu i Handlu oraz Rolnictwa z dnia 31 sierpnia r. b. w sprawie częściowej zmiany taryfy celnej, dotyczącej poz. 178 taryfy z dnia 26 czerwca 1921 (Dz. U. R. P. nr. 54, poz. 540), dotyczącej książek, wytworów graficznych oraz fotografji. Rozporządzenie weszło w życie z dniem 1 października r. ub.

= **Zęby Królowej Barbary Radziwiłłówny** (zm. 5 sierpnia 1551 r.). Podczas restauracji Bazyliki Wileńskiej, która odbywa się obecnie, dokonano otwarcia sarkofagu królowej Barbary Rdziwiłłówny. Sarkofag ten zachował się najlepiej, tak, że szczątki królowej nie rozsypały się w krypcie. W dniu 28 paźdz. 1931 r. zdołano zdjąć przednią część sarkofagu u wezgłowia. Po zdjęciu blachy trumny z wezgłowia, ukazała się kształtna czaszka królowej Barbary. W dolnej szczęce stwierdzono rząd równych białych zębów, w górnej brak tylko dwóch.

= **Osobiste.** Zarządzeniem P. Prezydenta Rz. P. z dnia 2.VIII.1931 r. kol. Neufeld odznaczony został Krzyżem Niepodległości za pracę w dziele odzyskania Niepodległości Państwa.

Kol. Drac z racji wieloletniej pracy w Sekcji Higjeny Szkolnej Magistratu m. st. Warszawy odznaczony został Medalem Dziesięciolecia Odzyskanej Niepodległości.

= **Sprostowanie.** W zesz. 9—10 „Kroniki Dentystycznej" r. 1931, na str. 181 podana została nieścisła notatka o liczbie studentów, przyjętych na Wydział Lekarski Wszechnicy Warszawskiej, mianowicie 130. Dziekanat tegoż Wydziału komunikuje nam, iż w rzeczywistości przyjęto **180**.

= **O wykłady higjeny indywidualnej i społecznej w szkołach średnich.** Dnia 26.II.1931 r. delegacja Klubu Lekarzy polskich w osobach: prof. Czubalskiego, prof. Szenajcha i doc. Sterlinga-Okuniewskiego złożyła na au-

djencji Panu Ministrowi Wyzn. Rel. i Ośw. Publ. memorjał w sprawie różnych dezyderatów, dotyczących szkolnictwa. Między innemi Klub Lekarzy Polskich, stojąc na stanowisku, że podstawowe wiadomości z higjeny indywidualnej i społecznej, zwłaszcza ostatniej, są nieraz drogowskazem w postępowaniu późniejszem tworzącego się pokolenia inteligencji, zwraca się z głęboką prośbą do Pana Ministra o przywrócenie w 7-ej klasie ewent. o wprowadzenie w 8-ej klasie jednej godziny tygodniowo wykładu higjeny indywidualnej i społecznej. Niejednego wskazanie higjeniczne, nabyte na lekcjach higjeny, mogą uchronić od zgubnych skutków zboczeń i chorób płciowych, dla szeregu zaś zawodów, nawet o wyższem wykształceniu specjalnem (sędziowie, prawnicy, inżynierowie, architekci, wyżsi urzędnicy państwowi i komunalni oraz w. in.), te właśnie podstawowe wiadomości, których już, niestety, nie uzupełniają w swoich wyższych studjach, bardzo często będą wytyczne dla zrozumienia i ujęcia w sposób odpowiedni wielu zjawisk, nawskroś życiowych i związanych ze znajomością higjeny społecznej.

P. Minister wypowiedział się we wszystkich poruszonych w memorjale zagadnieniach, poczem po dłuższej dyskusji, w której brali udział wszyscy delegaci, P. Minister przyrzekł zająć się tą sprawą i w miarę możności poczynić odpowiednie kroki.

— **Poradnia dentystyczna przy „Głównym domu Schronienia Starozakonnych" w Warszawie.** Poradnia dentystyczna czynna jest 3 razy w tygodniu po dwie godziny. Wykonywane zabiegi polegają nietylko na jednorazowem uśmierzeniu bólu zęba, lub usunięciu tegoż. Przeważnie zęby są leczone i plombowane. Badania wykazały, że zęby wychowanków zakładu dotknięte są próchnicą w dość dużym stopniu. Lekarką-dentystką poradni jest kol. Anna Pikowerówna. Choroby zębów najczęściej leczone są wskutek:

1) zapalenia miazgi zębowej (pulpitis) i

2) zgorzeli miazgi.

Jako komplikacja podczas leczenia zębów, stwierdzono jeszcze zapalenie ozębnej.

U małych dzieci w wieku od lat 3 do 7, a również u starców, którym również udzielana jest pomoc dentystyczna, zaobserwowano często powstające lub stałe zapalenie dziąseł.

Ilość przyjmowanych wychowanków zakładu w ciągu dwóch godzin, zależna jest od rodzaju wykonywanych zabiegów.

Statystyka działalności poradni dentystycznej od dnia 4-go kwietnia 1930 r. do dnia 5-go maja 1931 r. wykazała: przyjęć dzieci i starców 1505; porad udzielonych było 398; wyjęto zębów 195; zabiegów w przyp. próchnicy drugiego stopnia było 475, próchnicy pierwszego stopnia — 177, plombowanych zębów było 260. Ilość leczących się starców stanowi mniej więcej 5% ogółu przyjmowanych wychowanków zakładu.

— **Dobry kawał niedentystki.** „Dobry Wieczór" (Warszawa nr. 69 r. ub. przytoczył następujący „kawał", świadczący o „sprycie" pewnego praktyka, widocznie, chciwego większych zarobków.

W dziennikach tutejszych podane było ogłoszenie następującej treści:

„Przystojny, solidny lekarz-dentysta z Wołkowyska ,chciałby ożenić się również z dentystką w wieku do lat 30, celem wspólnego rozszerzenia gabinetu. Posag niewymagalny. Oferty i t. d."

Po przyjeździe do Warszawy, autor ogłoszenia, p. Lejpuner, otrzymał ofertę z fotografją przystojnej niewiasty, jakoby dentystki, i natychmiast udał się pod wskazany adres. Doszło do porozumienia. Pan Lejpuner obliczył, iż wraz z żoną zarabiać będzie do 1500 zł. miesięcznie. Ślub odbył się w Wołkowysku. Pół dnia miał pracować mąż, pół — żona. Nim jednak „urządzenie" gabinetu żony miało być sprowadzone z Warszawy, młody mąż proponował młodej żonie podjęcie tymczasowo pracy w gabinecie młodego męża. Żona prosiła jednak o dwutygdniowy wypoczynek po przetych „wrażeniach". Minęły jednak tygodnie, a o pracy wspólnej ani duchu, ani słuchu. Pani Lejpunerowa przyznała się że... nie jest wcale dentystką. Chciała wyjść zamąż i dlatego oszukała. Pan Lejpuner złożył skargę o rozwód.

Czy tego rodzaju „oszukaństwo" będzie podstawą prawną dla rozwodu niewiadomo. Sprytna niedentystka wszak mogła postawić swoje veto i szereg żądań.

Technicy dentystyczni urządzają się lepiej, łowiąc dla siebie firmantki. Przedewszystkiem — „proszę o dyplom". — Czy dyplom jest zarejestrowany? „Czy jest prawo na wykonywanie praktyki dentystycznej w P. Polskiem, wydane przez Departament Służby Zdrowia Min. Spraw Wewnętrznych? — Czy petentka zgadza się na wywieszenie szyldu beznazwiskowego obok szyldu technika? — Czy w razie „wsypy" firmantka dopomoże wybrnąć? — Czy będzie „wyrozumiałą" w stosunku do wykonywania pracy? Czy przy dłużej trwającej „spółce" firmantka zgodzi się na zamążpójście?

Co więc łatwowierny dentysta czyni na początku ((żeni się odrazu), sprytny technik załatwia na końcu (żeni się również, lecz po dłuższej „próbie").

Odbito czcionkami Drukarni Wzorowej — Warszawa, ul. Długa 20. Telefon 416-60